

Trabalho de Conclusão de Curso

**“Políticas Públicas: um olhar para a saúde bucal das pessoas com
deficiência visual”**

Gleice Tânia de Lima



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Gleice Tânia de Lima

**“Políticas Públicas: um olhar para a saúde bucal das pessoas com
deficiência visual”**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação
em Odontologia
Orientadora: Prof^a Dr^a Daniela Lemos
Carceneri
Co-orientadora: Ana Carolina Oliveira
Peres

Florianópolis
2017

Gleice Tânia de Lima

“Políticas Públicas: um olhar para a saúde bucal das pessoas com deficiência visual”

Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para a obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Daniela Lemos Carcereri
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Mirelle Finkler
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Soraia Dornelles Schoeller
Universidade Federal de Santa Catarina

À minha Família por todo apoio nessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me conduzido por esse caminho.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Curso de Odontologia pela oportunidade de uma graduação de ótima qualidade.

Aos meus pais por me proporcionarem a oportunidade de fazer o curso que tanto almejei, que apesar das dificuldades sempre me incentivaram e acreditaram em mim.

Ao meu esposo por toda a dedicação, companheirismo e cumplicidade. Pelo seu amor e carinho que, muitas vezes, era o que mais precisava para conseguir enfrentar as dificuldades do caminho.

À minha orientadora Daniela Lemos Carcereri por aceitar esse desafio proposto por mim, pois esse trabalho só foi possível graças a sua disponibilidade.

À minha co-orientadora Ana Carolina Oliveira Peres, por me mostrar os caminhos que levam a pesquisa qualitativa, sempre com muita paciência e dedicação.

À Associação Catarinense para Integração do Cego, por me acolher na associação com carinho e disponibilizar o local para as entrevistas, assim como ser o elo entre a pesquisadora e o entrevistado.

Aos participantes da pesquisa pela gentileza e boa vontade, vocês foram fundamentais nesse processo.

À banca examinadora, por aceitar o convite para julgar esse trabalho que foi feito com todo carinho e pelas contribuições feitas a ele, muito obrigada.

A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso, eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe
Pra perto de mim.

(Ana Vilela)

RESUMO

Com a Constituição Federal de 1988, foram criadas políticas de inclusão para pessoas com deficiências que asseguram direitos em diversos setores sociais. Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) é ofertada à população a assistência e cuidados em saúde, sendo a saúde bucal (SB) parte desse cuidado. Segundo a Lei nº 7.853, (1989) a deficiência visual, seja ela cegueira total ou baixa acuidade visual, é considerada deficiência por gerar incapacidade de exercer algumas atividades dentro do padrão considerado para o ser humano. Dessa forma têm-se as políticas de inclusão abrangem pessoas com deficiência visual (DV). A pesquisa objetivou analisar a percepção do DV frente à atenção à SB recebida de cirurgião-dentista (CD) em relação ao preconizado pelas políticas públicas. Trabalho de abordagem qualitativa que ocorreu na Associação Catarinense para Integração dos Cegos (ACIC) e teve como participantes de pesquisa DV matriculados no ano de 2017. A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com aceitação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) pelos participantes. Realizou-se entrevista semiestruturada com respostas livres, gravadas e transcritas posteriormente. Para a análise de conteúdo foi utilizada a técnica de Minayo. Os resultados apresentaram seis temáticas que foram agrupadas em três categorias: O DV e o autocuidado em SB; A relação do DV com o profissional de saúde; A relação do DV com o serviço de saúde ofertado. Visando o conhecimento do DV frente aos cuidados com a higiene bucal foi identificada a necessidade de ações de orientação em saúde que utilizem a linguagem tátil-sensorial para desenvolver habilidades e percepção da qualidade da escovação. Na categoria referente ao CD e seu contato com o DV foi identificada uma boa relação pautada na confiança e empatia, porém, ainda há falhas de comunicação entre os lados. É preciso que o CD seja capaz de entender a linguagem do DV e também se expressar de forma compreensível para que ocorra um tratamento adequado e criação de vínculo. Em relação ao serviço de saúde, notou-se que os DV têm acesso ao atendimento odontológico na rede básica de saúde com agilidade na marcação e são assistidos nos serviços de referência, considerando o atendimento resolutivo. Portanto, os achados desta pesquisa revelam que os CD vêm seguindo as orientações das políticas públicas para incluir e garantir o acesso dos DV nos serviços de saúde,

porém necessitam de capacitação voltada a melhorar a comunicação.

Palavras chaves: transtorno da visão; saúde pública; saúde bucal

ABSTRACT

With the Brazilian Constitution of 1988, inclusion policies were created for people with disabilities ensuring rights in various social sectors. Through the Unified Health System, health care is offered to the population, including oral health, based on the principles of universality, integrality, equity and decentralization of services. According to the law 7,853 (1989), the visual impairment, being it a total blindness or a low visual acuity, is considered deficiency because it generates to the person who carries it "loss of a structure or function that turn him unable to perform the activity within the standard considered for the human being... ". It means that the population with this deficiency belongs to inclusion policies. The aim of this research was to analyze the perception of the visually impaired about the oral health care received by dentists in relation to the recommended by public policies. A qualitative approach occurred at the Catarinense Association for the Integration of the Blind (ACIC) and had as subjects of the research the visually impaired persons enrolled in the year 2017. The data collection was done after approval of the ethics committee, with acceptance and the signing of the Human Informed Consent Form by the participants. A semi-structured interview was performed with free responses, recorded and transcribed later. The thematic analysis, proposed by Minayo, was used as data analysis technique. The results presented six themes that were grouped into three categories: visual impairment and self-care in oral health; The relationship of the visually impaired to the health professional; The relation of the visually impaired to the offered service. In search of the autonomy of the visually impaired person regarding oral hygiene care, identified the need for actions health guidance that use the tactile-sensory language for the visual impairment to "feel" the quality of the brushing and thus develop skills to keep the oral hygiene. In the category referring the dentist and his contact with the visually impaired, a good relationship based on trust and empathy was identified. However, there are still gaps in communication. The professional must be able to understand the visually impaired as well as to express himself comprehensibly to the patient to offer an appropriate treatment and create a real bond. Regarding the health service, it was noted that the visually impaired have access to dental care in the basic health network with agility in marking. They are also assisted in referral services. Considering these aspects, the patients report that they have their needs supplied by the services offered. Therefore, according to the participants, oral health professionals have followed the guidelines of

public policies to include and ensure the access of the disabled population to the health services even if they need the training to improve the communication between them.

Key-words: Vision Disorders; Public Health; Oral Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIC – Associação Catarinense de Integração para Cegos

CD – Cirurgião Dentista

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CS – Centro de Saúde

DV – Deficiente Visual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PcNE – Pessoas com Necessidades Especiais

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PNSPcD – Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

SB – Saúde Bucal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	21
2 - OBJETIVOS	26
Objetivo Geral	26
Objetivos Específicos	26
3 - MÉTODO.....	27
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
O autocuidado em saúde bucal e a deficiência visual....	31
Relação profissional e deficiente visual	33
Deficiente visual e serviços de saúde	35
5 - CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO A - Certificado de Aprovação do CEP SH	

1 - INTRODUÇÃO

O artigo 23, Capítulo II da Constituição de 1988, que determina: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”, e em cumprimento à Constituição, o Ministério da Saúde (MS) promoveu políticas de inclusão da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando a universalidade, integralidade, equidade e descentralização dos serviços. Também promulgou atos legais de atendimento com a perspectiva da atenção integral à saúde num modelo assistencial multiprofissional e multidisciplinar, com destaque nas ações de promoção à saúde, na reabilitação e na inclusão social (BRASIL, 2006).

Um dos princípios do SUS é a integralidade, ela visa compreender a pessoa e atendê-lo como um todo, suprimindo todas as suas necessidades de saúde. E é clara a necessidade de saúde e a sua aplicabilidade dentro da assistência odontológica para às pessoas com necessidades especiais (PcNE), entre elas os DV (BRASIL, 2008). Para o cumprimento desse princípio é necessário o preparo do profissional, por isso, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), regulamentou a especialidade com intuito de capacitar CD ao atendimento a PcNE. E, portanto, os CD através do tratamento odontológico e trabalhos multidisciplinares são responsáveis, junto com a equipe, de promover qualidade de vida para essas pessoas (FONSECA et al., 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério Público, no ano de 2015, informou que 6,2% da população brasileira têm algum tipo de deficiência. E a deficiência visual atinge 3,6% dos brasileiros, sendo mais de 7 milhões e é na região sul que apresenta maior número atingindo 5,4% da população (VELLELA, 2016).

O impacto da deficiência visual sobre o desenvolvimento de uma pessoa é muito individual. Depende de alguns fatores como a idade, personalidade, o grau da deficiência, dinâmica familiar, entre outros. Porém, não podemos nos deter somente na limitação, mas compreender que antes disso ela é uma pessoa capaz de estudar, trabalhar, praticar esportes, ser independente, namorar, e até mesmo constituir uma família, pois para essas pessoas a maior dificuldade está na falta de oportunidades (GIL, 2000).

Portanto o objetivo da pesquisa foi compreender a percepção do DV frente à atenção à SB recebida por CD em relação ao preconizado pelas políticas públicas.

REVISÃO DE LITERATURA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPcD) tem o objetivo de criar meios que guiem as ações de assistência e assim, designar as responsabilidades institucionais, com intuito de prover condições para a reabilitação:

“na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências” (BRASIL, 2006).

Essa política inclui pessoa com DV, que segundo o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, é considerada deficiência:

“toda a perda ou normalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado para o ser humano. A deficiência permanente define-se como aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos” (BRASIL, 1999).

O DV pode ser cega, quando a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica, ou ter baixa visão, quando a acuidade visual estiver entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica e em casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (BRASIL, 2004).

Essa condição pode ser desafiadora à Equipe de Saúde Bucal (ESB), pois necessita atenção às situações e limitações inerentes ao DV, desde a adaptação do consultório odontológico até a conduta e relação interpessoal (CERICATO; FERNANDES, 2008).

Esses elementos são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e humanização das práticas. Assim é possível desenvolver um modelo pautado nas “linhas de cuidado” e “condição de vida”, de forma que o trabalho em equipe aumente o seu potencial resolutivo, favoreça a confiança e vínculo (BRASIL, 2004).

A Política Nacional Saúde Bucal (PNSB) também adota o conceito de “cuidado” como objetivo de modelo assistencial. Visa uma assistência na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco deixando de ser só um modelo curativo, passando a ser um

processo de conhecimento, responsabilização e autonomia do usuário (BRASIL, 2008).

Nesse sentido a promoção de SB vai além do consultório odontológico, ela se articula com as demais práticas de saúde coletiva. Faz parte das políticas públicas saudáveis que, através da educação em saúde trabalha assuntos que podem intervir nos fatores de risco, levando a população a uma consciência dos agravos em diferentes esferas da área da saúde (BRASIL, 2004).

Ter a promoção da saúde como foco para plano de cuidado do DV torna possível que as dificuldades apresentadas por ele venham ser superadas quando adotados recursos e técnicas de educação especialmente desenvolvidas para promover seu empoderamento (CARVALHO, et.al. 2010).

“Na odontologia é considerado PcNE todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc” (BRASIL, 2008).

O atendimento odontológico para pessoas com necessidades especiais pode ser realizado cerca de 80% a 90% em um consultório normal. E somente 8% desses pacientes precisam ser submetidos à anestesia geral. O que vai definir o atendimento desses pacientes é o preparo do CD, e assim, prover uma melhora na qualidade de vida dessa população (NADER, 2011).

A assistência odontológica está incluída na atenção integral, portanto, para o atendimento a esse público os Centros de Saúde (CS) devem cadastrar todos os usuários com deficiência e definir um plano de tratamento para garantir seu atendimento. As ESB devem estar capacitadas para o atendimento e a unidade deve estar adaptada para o recebimento desses usuários. Diante de impossibilidade de prestação de serviço neste nível de atenção é preciso encaminhar para uma unidade de referência. A unidade de referência ao desenvolver os procedimentos necessários de forma multiprofissional, deve encaminhar o usuário, novamente, para a UBS, ou se preciso para atendimento hospitalar sob anestesia geral (BRASIL, 2008).

O atendimento às PcNE é bastante complexo, e o fato de não suprir todas as suas necessidades, pode não estar ligado aos serviços ou

até mesmo com a deficiência. Essas dificuldades podem estar relacionadas com os CD. Porque envolve a questão psicológica, emocional e moral do próprio CD. E isso precisa ser trabalhado, pois eles também criam expectativas de procedimentos, e ao realizar um tratamento que não é o ideal, mas o real, ou seja, que foi possível realizar acaba por ser frustrante e dispendioso. E por fim, preferem atender os pacientes que aceitam e colaboram com o tratamento e encaminham os que são poucos receptivos (FONSECA et al., 2010).

No mundo em que vivemos os estímulos visuais são extremamente importantes para a comunicação com o meio externo. Desde o momento em que nascemos às coisas nos são ensinadas através de estímulos visuais. E precisamos aprender de alguma forma a ser independentes e tudo se dá por entendimento e repetições das ações para o desenvolvimento e refinamento motor. E não é diferente com os DV o que será diferente é a forma de apresentar a situação para a compreensão e assim poder realizar a atividade (GIL, 2000).

Segundo Costa et. al (2012) os problemas bucais dos DV estão relacionados à falta de conhecimento e habilidade motora para a realização de uma boa higiene oral. E é necessário estratégias de educação e prevenção em SB. Visto que em seu trabalho foi positiva a efetividade das ações de orientação de higiene. Obtendo uma redução do Índice de Placa em 80%.

JUSTIFICATIVA

De acordo com os achados da literatura, constatou-se que há uma lacuna de estudos relacionando SB e deficiência visual que contemplem a expressão das Políticas Públicas, assim como a percepção do DV frente ao preparo do profissional CD durante o atendimento. Por isso, é importante identificar esses pontos, e evidenciar a influência do preparo do CD para atender os DV de modo a garantir o direito ao atendimento prioritário, resolutivo e humanizado.

2 - OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Analisar a percepção de pessoas com deficiente visual frente à atenção à saúde bucal prestada por cirurgiões-dentistas em relação ao preconizado pelas políticas públicas.

Objetivos Específicos:

- Identificar a expressão das políticas públicas nacionais em relação a atenção à saúde das pessoas com deficiência visual, com enfoque na saúde bucal.

- Identificar a relação paciente deficiente visual com cirurgião dentista.

3 - MÉTODO

A pesquisa científica significa muito mais do que apenas procurar a verdade, mas descobrir respostas para perguntas ou soluções para os problemas levantados através do emprego de métodos científicos. Ela deve ser delineada de forma sistemática, metódica e crítica (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Este estudo apresentou uma abordagem qualitativa que segundo Prodanov (2013) o pesquisador busca as respostas sem manipulação intencional tendo no ambiente a fonte direta dos dados. Considera que há um vínculo entre o objeto e a subjetividade do participante procurando a interpretação dos fenômenos e atribuições de significado em que não é possível traduzir em números.

Nesta perspectiva destacou-se o método científico descritivo, que retratou a realidade estudada e preocupou-se com o processo do trabalho dando maior ênfase a essa etapa. A pesquisa é também considerada de natureza aplicada que envolve verdades e interesses locais e procura gerar conhecimento para a aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O percurso metodológico permitiu pesquisar a efetividade das ações das Políticas Públicas para PcNE no âmbito odontológico. Também possibilitou investigar o preparo do profissional frente à deficiência visual com base na percepção dos participantes da pesquisa durante o atendimento odontológico.

LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O local da pesquisa foi a ACIC, uma organização não governamental, sem fins lucrativos e de caráter sócio assistencial, que atende pessoas cegas e com baixa visão e atua junto ao poder público municipal, estadual e às entidades privadas objetivando habilitação, reabilitação, proteção e a defesa da cidadania do DV. (ACIC, 2016)

Os participantes da pesquisa foram os DV, maiores de 18 anos, devidamente matriculados na ACIC, no ano de 2017, sendo elas cegas ou com baixa visão, presentes na instituição no dia da coleta de dados que aceitaram a participar do presente estudo. Como um critério de inclusão os participantes foram selecionados por um informante-chave da instituição e indicados pelo maior grau de autonomia para a realização das atividades diárias, pois nem todos os DV possuem habilidades desenvolvidas para compreender as perguntas e responder a pesquisa de forma clara.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a entrevista foi utilizado um questionário semiestruturado, abordando assuntos referentes ao atendimento odontológico, podendo ser em estabelecimento público ou privado e sua percepção do preparo do profissional frente à sua deficiência.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista individual, face a face, em que a pesquisadora realizou perguntas de forma aberta, evitando perguntas extensas e duplas. O diálogo com cada entrevistado foi gravado utilizando-se o aplicativo *easy voice recorder* instalado no celular da pesquisadora e posteriormente transcrito pela mesma.

TESTE PILOTO

O teste piloto permitiu avaliar a metodologia da pesquisa, e possibilitou que o pesquisador vivenciasse o momento da coleta dos dados. A partir dessa experiência foi possível ajustar falhas que foram detectadas no método para que o objetivo do trabalho fosse alcançado (AMORIM, 2004).

O instrumento foi aplicado com três participantes e teve o intuito de aperfeiçoar o instrumento. Tal estudo também permitiu à pesquisadora desenvolver habilidades e ao mesmo tempo, analisar a qualidade das perguntas, bem como estimar o tempo necessário para a entrevista.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada com base na Análise de conteúdo Temática proposta por Minayo (2007). Esta análise consiste nas etapas: pré-análise, exploração do material ou categorização e tratamento dos resultados obtidos / interpretação.

A etapa da pré-análise exige do pesquisador um contato direto e intenso com o material de campo. A partir da leitura flutuante, fará a confirmação ou reformulação das hipóteses ou pressuposto. (MINAYO, 2007).

A exploração do material ou categorização, segundo Minayo (2007) consiste em reduzir o texto em palavras e expressões significativas.

Após esse processo, vem à etapa de tratamento dos resultados obtidos em que o pesquisador propõe inferências e as inter-relaciona com o quadro teórico inicial ou abre outras pistas em torno de novas

possibilidades e interpretações a partir do material coletado (MINAYO, 2007).

ABORDAGEM ÉTICA

Toda pesquisa que utiliza dados de seres humanos de forma direta ou indiretamente, é necessária a submissão do trabalho ao comitê de ética. (PRODANOV; FREITAS, 2013)

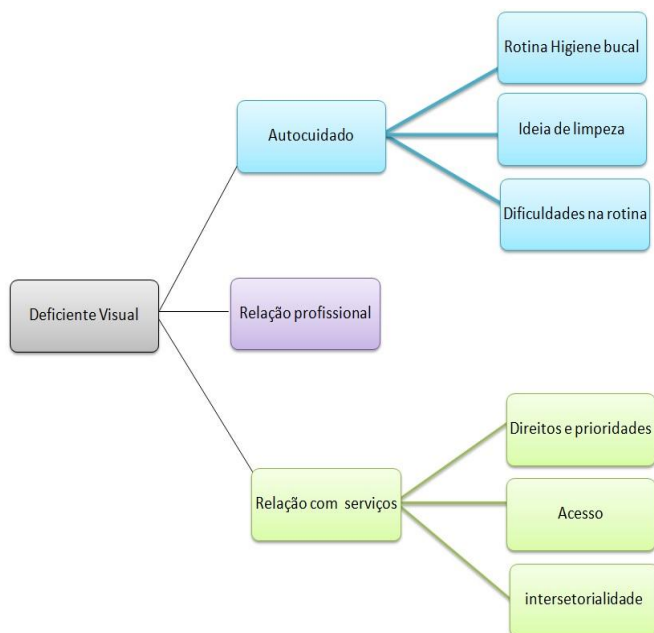
Este estudo foi submetido à análise e aprovado pelo CEPSH da UFSC tendo o número do parecer 1.935.324.

Os DVs que concordaram em participar da pesquisa receberam o TCLE previamente a realização da entrevista, que foi adaptado ao tipo de deficiência visual, sendo transcrito para braile para portadores de cegueira e impresso com letras ampliadas para os de baixa visão.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa foram nove DV, sendo quatro do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Quanto à classificação da patologia seis eram cegas, sendo três delas cegueira congênita e três cegueira adquirida, três com baixa visão congênita. Quatro DV relataram ser aposentadas por invalidez. As idades variaram entre 23 a 65 anos e todos realizam atividades semanais na ACIC.

Figura 1: Processo de categorização dos resultados



Fonte: a autora

A partir da análise dos dados os resultados apresentaram três categorias e seis subcategorias (Figura 1), que se relacionam com referencial adotado nessa pesquisa. A seguir os resultados serão apresentados e discutidos por categoria.

O AUTOCUIDADO EM SAÚDE BUCAL E A DEFICIÊNCIA VISUAL

O autocuidado é caracterizado a partir da capacidade de exercer atividades para o seu benefício, desenvolvendo a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Assim, quando a pessoa tem habilidades para desenvolver funções que atendam a suas necessidades como, tomar banho, vestir-se, pentear o cabelo, escovar os dentes ela é capaz de se autocuidar. Capacidade esta adquirida através do aprendizado e que é influenciada por outros fatores como a idade, sexo, cultura, educação, experiência de vida, dentre outros (SOUZA, et al., 2012).

Nesse sentido, o desenvolvimento de ações que estimulem o autocuidado e independência do DV é de responsabilidade dos profissionais da saúde. Com o intuito de facilitar o cuidado familiar, assim como, a manutenção positiva das habilidades de autocuidado (PINTANEL et al., 2013).

No presente estudo, ao se referirem ao autocuidado, todos os DV relataram ter o hábito de escovar os dentes com escova dental e dentifrícios, porém nem todos conseguem ou não possuem o costume de usar o fio dental conforme as seguintes falas:

“Escovo três vezes por dia, uso escova de dente e creme dental, coloco o creme dental direto na escova e sinto a quantidade certa pelo peso, não uso fio dental, estou tentando me acostumar com o enxaguatório bucal”. (E05)

“Escovo no máximo quatro vezes e no mínimo duas vezes, não tenho costume de passar o fio dental, mas consigo passar. Escovo com escova e creme dental, o enxaguatório eu uso quando dá para comprar.” (E07)

“Faço tudo como quando enxergava, só preciso de mais atenção. Escovo os dentes com escova e creme dental, o creme dental coloco no dedo, mas primeiro passo o fio dental. Não uso enxaguatório bucal porque é muito caro.” (E08)

Os DV precisam superar barreiras decorrentes da limitação visual (ACIEN; MAZZOTA, 2013). Para isso, acabam recorrendo a outros

sentidos sensoriais, como o tato, para o desenvolvimento de ações que exigiriam o uso da visão para a execução de tal atividade, que é o caso de sentir a quantidade do creme dental no dedo ou até mesmo o peso da escova que muda com a presença do dentífrício.

Segundo Carvalho et al. (2010) a percepção dos DV referente à importância da boca e dos dentes está relacionada em mantê-los sadios para evitar a dor. De acordo com as falas é notório a identificação do enxaguatório enquanto item de higiene e SB. Porém os DV não o utilizam por questões financeiras e não por orientação ou prescrição do CD (RECIFE, 2015). Ademais, o uso do fio dental foi restrito, visto que apresentam dificuldade em utilizá-lo. Em nossa pesquisa também foi encontrada essa mesma restrição referente ao uso do fio dental.

Ao questioná-los como sabem que seus dentes ficaram limpos após a escovação as respostas foram:

“[...] quando eu sinto o cheiro do creme dental eu consigo ver que eles já estão limpos [...] eu passo a mão também para ver [...]” (E09)

“Eu botei a língua em cima para ver, eu sinto que eles ficam ásperos quando estão sujos.” (E05)

“pergunto para alguém.” (E06)

O sentido tátil deve ser muito valorizado, pois é um recurso eficiente utilizado pelos DV para detectar a placa bacteriana (CARVALHO, et al., 2010). Sentido este relatado nas respostas dos DV E05 e E09.

Para melhorar o uso da percepção tátil para a identificação da placa bacteriana podem ser adotadas ações de promoção de saúde através de atividades lúdicas para trabalhar o conceito e desenvolver habilidades (OLIVEIRA et al., 2012), para evitar o caso do DV E06 que depende de um terceiro para saber se seus dentes ficaram limpos, algo que diminui sua autonomia.

A falta de habilidade motora faz com que os DV tenham dificuldade para desenvolver diversas atividades cotidianas que são importantes para o desenvolvimento do autocuidado, uma delas é a manutenção da higiene bucal. Dificuldades motoras na realização dessas atividades favorecem o acúmulo de biofilme dental e consequentemente o desenvolvimento de doenças bucais como cárie e a doença periodontal (SCOPEL et al., 2011). É algo que podemos identificar nas seguintes falas:

“Fazer a conchinha com as mãos para pegar a água.”
(E0 4)

“Passar fio dental, a tia tentou ensinar, mas só tentou uma vez.” (E0 5)

“passar fio dental É porque eu não sei mesmo, se eu soubesse eu passaria, mas eu não sei” (E06)

A educação em saúde se faz necessária aos DV. Visto que, o ensino de atividades voltadas à transformação dos comportamentos promove o autocuidado (RECIFE, 2015).

Dentro dessa perspectiva, o acesso dos DV aos meios de aprendizagem sobre seus problemas de saúde auxilia no desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais saudáveis. As ações de educação em saúde devem promover a acessibilidade, visando o seu empoderamento (SOUZA, et al., 2012).

RELAÇÃO PROFISSIONAL E DEFICIENTE VISUAL

É reconhecido que a comunicação é um elemento imprescindível para a socialização interpessoal. Porém, quando realizada com DV, pode ser comprometida, pois as informações não verbais, tais como gestos e expressões faciais não são identificados. Portanto, o uso do toque é necessário para a complementação da comunicação com os DV (MARTINS et al., 2015).

Pensando nisso: para uma boa comunicação durante o atendimento odontológico é importante que o CD conheça as características da patologia do DV, assim como, a presença de outras deficiências, por exemplo, auditiva e motora, e o seu grau de independência e comportamento (CARVALHO et al., 2010). O CD também deve se identificar antes de qualquer procedimento, com a pronúncia bem articulada, dizendo o seu nome, a função e o procedimento que será executado, promovendo segurança e tranquilidade ao DV (MARTINS et al., 2015).

No atendimento dos DV, o ideal é a interação direta, a fim de preservar a sua identidade. Evitando a comunicação com o acompanhante, para que o DV não se sinta privado de falar sobre as suas reais necessidades. Visto que a presença do acompanhante viola o direito à privacidade, e isso prejudica o exercício da sua autonomia, gerando um problema ético (MARTINS et al., 2015).

Para melhorar o atendimento dos DV é exigido dos CD uma maior atenção e sensibilidade durante o cuidado oferecido, pois devem direcionar as suas ações a fim de contribuir para o empoderamento dos

DV, proporcionando a sua emancipação e consequentemente seu bem-estar (SOUZA et.al. 2012).

Carvalho et al., (2010) e Martins et al., (2015) apresentam em suas pesquisas que existe tensão e constrangimento por parte dos CD ao lidar com os DV, que pode ser decorrente do despreparo profissional. No presente estudo a relação CD e DV foi investigada na perspectiva do DV, a partir da pergunta: “Como foi a sua relação com o CD que lhe atendeu?” Cujas respostas não evidenciaram a falta de preparo do CD:

“Foi ótima, achava ela querida” (E05)

“Foi boa, ele me explicava tudo o que ia acontecer.”(E07)

“Meu Deus! Meu Deus! Adorei! Me senti otimamente bem!”(E08)

A boa relação apresentado neste trabalho com os CD não se estende aos demais profissionais da saúde. A perda da visão na idade adulta pode causar uma ruptura nos processos de comunicação e sentimentos sobre si tornando-se uma experiência traumática (ALMEIDA; ARAÚJO, 2013). Assim, a função dos profissionais da saúde é compreender a pessoa levando em consideração todos os seus valores significativos de modo a ajudar a promover saúde e não agravar o trauma (GOMES, 2013). Um dos DV, ao relatar sobre como foi o seu processo da perda da visão, evidenciou marcas de uma experiência ruim com o oftalmologista, quando este lhe disse que não iria mais voltar a enxergar:

“[...] o próprio oftalmologista não lhe encaminha para lado nenhum. Ele simplesmente estava de costas para mim. Eu sempre bato nessa tecla o tempo todo. Ele estava de costa para mim e simplesmente falou assim: ‘Deu. Prepara o laudo para aposentadoria’. Saí dali e já estava mal, saí dali com a cabeça no chão. Assim, há um despreparo nos médicos. [...]” (E08)

Martins et al. (2015) evidenciaram o quanto é escasso o incentivo dos governantes para a capacitação dos profissionais da saúde. Isso pode ser uma das justificativas para a falta de profissionais preparados para o atendimento dos DV.

Para que não haja comprometimento ao atendimento do DV é importante que se estabeleça uma comunicação efetiva em que ambos os lados entendam o universo linguístico do outro, sendo pelo meio verbal, tátil, ou outra técnica de comunicação (MARTINS, et al., 2015). Através da percepção do DV, buscamos identificar como era a comunicação com o CD a partir das seguintes perguntas: o dentista conversava com você?

Ia lhe explicando os procedimentos que seriam realizados? As repostas dos entrevistados seguem a baixo:

“Eles iam falando o que iam fazer, mas não sei dizer o que era” (E04).

“Ela falou que cada mês ela ia fazer a manutenção do meu aparelho, ia mudar de cor tinha branco, azul tem vários tipos” (E05).

Pelas falas dos entrevistados percebe-se que houve falha na comunicação entre o CD e o DV, pois os CD não conseguiram ultrapassar as barreiras e entrar no mundo de significados pessoal do DV para que este conseguisse compreender o que estava sendo explicando durante o procedimento odontológico.

Mesmo quando o procedimento aplicado exige maior tempo e seja repetitivo (como é a manutenção ortodôntica) o CD precisa realizar uma boa comunicação e estar sensível ao fato de como o DV estabelece parâmetros sobre sua autoimagem e que estes, não provem de cores e formas e sim de cheiros e texturas (INTERDONATO; GREGUOL, 2009). Portanto, falar ao DV congênito, que nunca enxergou cores, que haverá mudança de cor, pode não ser uma informação relevante quanto ao seu tratamento e isso caracteriza uma falha de comunicação entre CD e DV.

A confiança no CD também ficou expressa nesse estudo, principalmente em relação ao bem-estar que o DV sentia durante a realização dos procedimentos. Estes fatores são essenciais para que seja desenvolvido um tratamento adequado.

“falavam sempre que fui, só que depois de um tempo eu fiz o tratamento de canal, e depois do meio dia eles iam trabalhando e dava um sono na gente e acabava dormindo na cadeira do dentista. Daí ia acordar só depois do atendimento” (E07)

Fica evidente a necessidade dos CD quebrarem as barreiras de comunicação, desenvolvendo habilidades que o permitam utilizar outros sentidos para melhor se comunicar com o DV, e que este possa expressar suas reais necessidades, para que ao final, se tenha êxito no tratamento prestado, na participação social e no autocuidado dessas pessoas (MARTINS et al., 2015).

DEFICIENTE VISUAL E SERVIÇOS DE SAÚDE

Um dos pilares do SUS é a equidade, um princípio de justiça social que “trata desigualmente os desiguais”, sendo diferente da

igualdade de oportunidades, pois o DV não consegue aproveitá-las da mesma forma como as pessoas sem deficiência. Assim, esse princípio dá chance de igualdade aos DV, sendo uma forma do sistema atuar contra os obstáculos de desigualdade ao reduzir as diferenças evitáveis e injustas entre os indivíduos (CASTRO et al., 2011). Segundo o trabalho de Othero e Ayres (2012) ainda existe a ideia da assistência às pessoas com deficiência estar relacionada somente ao serviço de reabilitação. Entretanto, os problemas de saúde desses indivíduos não estão somente relacionados à sua deficiência, mas também estão sujeitos a qualquer outra enfermidade. E essas enfermidades podem ser solucionadas nos serviços de atendimento primário, assim como, as questões referentes à deficiência também podem estar presentes nesses atendimentos.

Para as pessoas com deficiência é assegurado o atendimento tanto nos serviços públicos como nos serviços privados. Tendo o direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência referente à sua deficiência. Visa também um atendimento integral, que é a assistência nos diversos níveis de hierarquia e de complexidade, bem como nas especialidades de acordo com a necessidade de cada um. Também é garantido o atendimento prioritário e imediato, mas os casos mais graves têm preferência sobre esses. (BRASIL, 2006).

A presente pesquisa, ao questionar os DV sobre seus conhecimentos em relação aos seus direitos provenientes das políticas públicas para PcNE registrou diferentes respostas, como pode ser visto a seguir:

“Aí você me pegou, eu não conheço.” (E04)

“Nós temos direito à saúde total dos cegos, tanto médica quanto, como se diz [...] oftalmológica, dentista e tem os nossos direitos mesmo da área social, bolsa família, um monte de coisa, então eu uso mais é a parte da saúde, porque a saúde estava muito boa, os postinhos andam dando show.” (E08).

“Não, não. Acho que para deficiente visual não tem direito. Porque a gente está esperando um oftalmologista [...] e não tem vaga para deficiente visual, alias não tem oftalmologista, não tem dentista, não tem nada, está muito abandonado. É, mas para o deficiente visual é difícil. Não existe prioridade, não existe direito, até existe direito, a gente sabe que existe direito, mas a pessoa fala: - não, você vai ficar na fila esperando, você não tem preferencial, você não vai ser atendido agora, entendeu?” (E09).

O relato do participante E04 demonstra desconhecimento sobre o assunto, no que diz respeito ao nome de “políticas públicas”, isso pode ser consequência de dois fatores, o primeiro referem a comunicação

ineficiente, durante a entrevista em que a pesquisadora não conseguiu transmitir a essência da pergunta para um bom entendimento do entrevistado levando a uma resposta negativa sobre o conhecimento do assunto. O segundo a falta de programas que expliquem os direitos das PcNE, ou falta de acesso a estes conhecimentos em material adaptado às diferentes deficiências, uma vez que precisam ter abordagens diferenciadas para facilitar a comunicação com os participantes.

Martins, et al., (2015) apresentou em seu trabalho que a comunicação eficaz é algo fundamental para o contato com o DV e com frequência essa população encontra dificuldade de acesso e interação nos serviços de saúde.

Por outro lado o entrevistado E08 demonstrou ter conhecimento de direitos na área da saúde e também de assistência social, algo que pode ter sido adquirido enquanto vidente, pois ele perdeu a visão depois da idade adulta, logo, pôde desenvolver conceitos visuais que, facilitaram toda a sua compreensão de mundo ao buscar seus direitos no momento que adquiriu a deficiência.

O entrevistado E09, em seu relato fala que existe direito, porém não acredita na sua aplicabilidade baseada em sua experiência:

“ [...] No posto, aqui mesmo, a gente demora em ser atendido, tenho que entrar em uma fila comum. Porque não tem estrutura, não tem atendimento rápido. Teve uma vez que procurei o atendimento, porque eu tinha que tomar um anticoncepcional injetável e demorou. Não cheguei a marcar a consulta, comprei a medicação na farmácia e levei no posto para a enfermeira aplicar a medicação em mim. E demorou pra caramba[...] eu saí era umas nove horas da manhã, fiquei umas duas horas lá [...]. (E09)

A partir deste relato, nota-se que não há grande complexidade no procedimento do caso, o que demonstra uma falha no entendimento dos seus direitos, pois apesar de ter direito prioritário, os casos de maior complexidade / gravidade se sobrepõe. De acordo com os fluxos de Atenção Básica (BRASIL, 2012) a aplicação de medicamentos injetáveis são direcionadas à sala de vacinação, onde geralmente há maior procura por outros indivíduos (crianças e idosos) que também são assistidos pelo direito à prioridade, o que pode, gerar uma falsa impressão de estar em uma fila comum.

Os direitos dos PcNE estão garantidos pela atual constituição federal e para a conscientização e compreensão desses direitos é necessário um trabalho de ações que não se restrinja somente à saúde,

mas devem ser ações conjuntas entre os setores (OTHERO; AYRES, 2012).

O conceito de acesso aos serviços de saúde pode ser considerado como uma união entre alguns fatores como disponibilidade, aceitabilidade e informação. Considera-se como acesso a liberdade de escolher os serviços e sua disponibilidade no momento da procura pelo atendimento (RIBEIRO et al., 2015).

O local de atendimento a PcNE por excelência é a UBS, por conta da proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade, porém, para o uso deste recurso é necessário estar atento às dificuldades encontradas devido à acessibilidade, uma vez que rotineiramente são identificados obstáculos que dificultam a locomoção do deficiente até a unidade ou mesmo dentro dela (ROSEVICS et al., 2013). A inacessibilidade nas unidades de saúde compromete a integralidade, aspecto fundamental na área do cuidado em saúde (RIBEIRO et al., 2015).

Ainda em busca de verificar a qualidade do acesso ao atendimento odontológico para os DV fez-se o seguinte questionamento: “Como foi para conseguir agendar a consulta odontológica?”

“Foi rapidinho” (E05)

“foi logo!!” (E06)

“até que não demorou muito, achei que fosse demorar mais” (E07)

“não demorou” (E08)

“não [demorou] não, foi normal”(E09)

A partir das assertivas dos entrevistados não foi identificado demora nem para o agendamento nem para a realização do atendimento odontológico, o que revela acesso ao sistema de saúde pelo menos para os DV participantes do estudo.

Entretanto, não basta apenas ter acesso aos serviços, porque as necessidades dos DV requerem uma articulação de diversas áreas. Não se limitam ao serviço de um único profissional ou à área de saúde. As ações devem ser multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais para a efetividade das necessidades de saúde desses indivíduos (OTHERO; AYRES, 2012).

Para identificar se o atendimento odontológico procurado estava suprimindo as necessidades dos entrevistados, foi realizada a seguinte pergunta: “Conseguiu fazer todos os procedimentos odontológicos nesse local?”:

“Precisei ser encaminhado, mas não sei que bairro era.”
(E04)

“sim, fiz tudo lá.” (E05)

“fui encaminhado para a policlínica”(E07)

As respostas demonstraram que o atendimento odontológico prestado foi adequado, inclusive seguindo os fluxos de referência aos centros de especialidade odontológica. Porém, a contra-referência para os centros de saúde para a conclusão do tratamento, não ficou evidente.

Sabe-se que o cuidado de saúde integral, também abrange o cuidado odontológico, e que as necessidades da população especial são um desafio para os profissionais, independentemente da deficiência. Por isso, a assistência de saúde precisa ir além da medicalização, necessita ter como base a humanização, através de uma comunicação adequada, o que torna o processo de atendimento clínico menos traumático e mais promotor de saúde (MARTINS, et al., 2015).

5 - CONCLUSÃO

A partir deste estudo, de acordo com a percepção dos participantes, o CD encontra-se preparado para o atendimento dos DV no quesito empatia e acolhimento. Contudo, em relação ao quesito comunicação, houve dificuldade do DV em explicar as suas necessidades e o tratamento realizado pelo CD, o que sugere a necessidade de capacitação profissional.

Ao que se refere à expressão das políticas públicas para os DV, notou-se garantia e facilidade de acesso ao tratamento odontológico, porém ainda é um atendimento reabilitador. Existe uma lacuna pedagógica nos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais direcionadas aos DV, assim como ações que possibilitem a divulgação e o entendimento dos direitos e das políticas como um todo.

Diante do exposto, o desafio do CD consiste em ter uma formação humanizada que lhe permita melhorar a comunicação com o DV. Para o sistema de saúde, investir em capacitação dos CD torna-se fundamental para que estes consigam desenvolver as ações necessárias junto à população de maneira que lhes proporcione mais conhecimento.

REFERÊNCIAS

ACIC (Florianópolis- Sc. Brasil). Associação Catarinense para Integração do Cego - ACIC. Disponível em: <<http://www.acic.org.br/institucional>>. Acesso em: 26 maio 2016.

ACIEM, Tânia Medeiros; MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, [s.l.], v. 72, n. 4, p.261-267, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-72802013000400011>.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802013000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 abr. 2017.

ALMEIDA, Tamires S.; ARAÚJO, Felipe V.. Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, [s.l.], v. 1, n. 3, p.1-21, jun. 2013. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/24/29>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

AMORIM, Marília. Cronotopo e Exotopia. In: BRAIT, Beth (Org.). *Bakhtin: outros conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. – Brasília: Institui o Estatuto do Portador de Deficiência e dá outras providências, 2006. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/432201.pdf> . Acessado em: 30 abr. 2017

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. 2004. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA; COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência. 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. atual.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 346 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1278-9 1. Pessoas portadoras de deficiência. 2.

Legislação em saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série. NLM HV 1551. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 16 maio 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Saúde Bucal - Caderno de Atenção Básica, nº17. 2008. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17) ISBN 85-334-1228-2 1. Saúde Bucal. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde pública I. Título. II. Série.NLM WU 113. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> . Acessado em: 30 abr.2017

CARVALHO, Ana C. P. et al. Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual. Revista Odontológica do Brasil - Central, [s.l.], v. 19, n. 49, p.97-100, jun.2010.Disponível em:<<http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/445/436>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

CASTRO, Shamyry Sulyvan et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 45, n. 1, p.99-105, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010005000048>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2017.

CERICATO, Graziela Oro; FERNANDES, Ana Paula Soares. Implicações da deficiência visual na capacidade de controle de placa bacteriana e na perda dental. Rfo, Florianópolis, v. 13, n. 2, p.17-21, maio / agosto 2008. Bimestral.

COSTA, Francine dos Santos et al. Efetividade de uma estratégia educacional em saúde bucal aplicada a crianças deficientes visuais. Rfo, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p.12-17, jan./abr. 2012. Bimestral.

FONSECA, Alexandre Luiz Affonso et al. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos

municipais. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 2, n. 20, p.208-216, primavera 2010. Anual.

GIL, Marta (Org.). *Deficiência Visual*. 2000. – Brasília : MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2000. 80 p. : il. - (Cadernos da TV Escola. 1. ISSN 1518-4692) 1. Deficiência visual 2. Integração escolar. 3. Sexualidade. 4. Educação Especial. I. Secretaria de Educação a Distância. CDU 376.353. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2016.

GOMES, Ana Cristina Silva. **Análise Contextual da Consulta de Enfermagem às Pessoas Cegas no Domicílio**. 2013. 24 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande / Pb, 2013. Disponível em: <[http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2231/1/PDF - Ana Cristina Silva Gomes.pdf](http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2231/1/PDF%20Ana%20Cristina%20Silva%20Gomes.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2017.

INTERDONATO, Giovanna Carla; GREGUOL, Márcia. Auto-análise da imagem corporal de adolescentes com deficiência visual sedentários e fisicamente ativos. **Revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp**, Campinas, v. 7, n. 3, p.1-13, Não é um mês valido! 2009. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637764/5455>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

MARTINS, Kaisy Pereira et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da acessibilidade física e de comunicação de pessoas com deficiência visual. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 16, n. 1, p.1019-1026, abr/jun 2015. Trimestral. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22045/14742>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

MINAYO, Maria Cecília Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

NADER, Marta Sara. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. *Rgo - Revista Gaúcha Odontol*, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p.379-385, jul/agost. 2011.

OLIVEIRA, Jaciél Benedito et al. Sentir o sorriso: uma experiência de promoção de saúde bucal com um grupo de deficientes visuais em Recife. *Odontologia Clínica-científica*, Pernambuco, v. 11, n. 2, p.151-153, 29 ago. 2012. Trimestral. Disponível em: <[https://www.dropbox.com/s/mot5iuzhie8y4m/REVISTA V11 N2 2012.pdf](https://www.dropbox.com/s/mot5iuzhie8y4m/REVISTA_V11_N2_2012.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

OTHERO, Marília Bense; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 16, n. 40, p.219-234, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100017>. Acesso em: 26 abr. 2017.

PINTANEL, Aline Campelo et al. Mães de crianças com deficiência visual: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s.l.], v. 34, n. 2, p.86-92, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000200011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200011>. Acesso em: 26 abr. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

RECIFE, Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal / Organização de Arnaldo de França Caldas Jr. e Josiane Lemos Machiavelli. – Recife: Ed. Universitária, 2015. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TVLwk08zHvAJ:https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2656/acpd_vol3.pdf%3Fsequence%3D1+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acessado em: 23 abr. 2017

RIBEIRO, Juliana Pires et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [s.l.], v. 17, n. 3, p.1-11, 30 set. 2015. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29436/20739>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

ROSEVICS, Leticia et al. ACESSO E SAÚDE AOS DEFICIENTES FÍSICOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. *Iii Jornada Interdisciplinar de Pesquisa em Teologia e Humanidades*, Curitiba, v. 3, n. 1, p.1-10, jan. 2013. Disponível em:

<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/3jointh>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

SCOPEL, Cláudia Regina et al. Programa lúdico-pedagógico para o controle do biofilme dental em indivíduos com deficiência visual. Arquivo em Odontologia, Belo Horizonte, v.47, n.4, p.208-214, dez. 2011. Disponível

em:<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392011000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2017.

SOUZA, Ellen Lucy Vale de et al. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EMBASADOS NA TEORIA DO AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.l.], v. 13, n. 3, p.1-10, maio/junho 2012. Bimestral. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/721/pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

VELLELA, Flávia. **IBGE: 6,2% da população têm algum tipo de deficiência.** Disponível em:

<<http://www.ebc.com.br/noticias/2015/08/ibge-62-da-populacao-tem-algum-tipo-de-deficiencia>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1

Conhecendo a história de vida

1. Pra começar, eu gostaria que você me falasse um pouco sobre você. Qual o seu nome, idade, onde você mora, qual sua ocupação/profissão.
2. E também gostaria que você comentasse sobre a sua deficiência, qual tipo de deficiência visual você possui, quando foi descoberta e outros aspectos que queiras comentar sobre a convivência com a deficiência visual.

Bloco 2

Esse segundo se refere à atenção a saúde bucal que você recebeu ao longo da sua vida.

1. Como você faz as atividades cotidianas de higiene bucal? Alguém te ajuda? Faz sozinho? Como aprendeu? Como você sabe que os seus dentes ficaram limpos?
2. Quais foram/ são as suas dificuldades para fazer a higiene bucal?
3. Você lembra quando começou a se preocupar com sua saúde bucal? Como foi o seu primeiro contato com o dentista?
4. Atualmente, como você considera que está a sua saúde bucal? Quando foi a última consulta com um dentista?
5. Você se lembra de como foi esta última consulta? Como você se sentiu? Onde foi? Quais foram os tratamentos realizados?

6. Das vezes que você foi ao dentista, ele conseguiu fazer tudo que você queria e precisava?
7. Você voltaria para ser atendido lá novamente? Comente sobre sua relação com o dentista.
8. Você sabe dos seus direitos nos atendimentos na área da saúde? Sabe Como funciona?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Políticas Públicas para Pessoas com Necessidades Especiais um olhar para os Deficientes Visuais”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Gleice Tânia de Lima, Ana Carolina Oliveira Peres, Daniela Lemos Carcereri.

Nesta pesquisa, buscamos identificar como as políticas públicas de saúde bucal são realmente aplicadas às pessoas com deficiência visual. Faremos isso através da percepção do entrevistado em relação ao atendimento odontológico e como ele se sentiu em relação ao preparo do profissional frente à deficiência. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Gleice Tânia de Lima, no momento que antecede o início da entrevista na Associação Catarinense Para Integração do Cego – ACIC.

Na sua participação você será entrevistado, por meio de perguntas semiestruturadas, no qual não haverá respostas certas ou erradas e elas serão gravadas de forma simples através do aplicativo *esy voice recorder* instalado no celular da pesquisadora. Posteriormente, suas respostas serão transcritas para análise e após a conclusão da pesquisa as suas respostas serão desgravadas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em você sentir-se inibido ou até mesmo constrangido ao ser entrevistado por não conhecer o entrevistador, visto que você irá relatar fatos ocorridos em sua vida.

Os benefícios serão conhecer a efetividade das ações das Políticas Públicas para as pessoas com necessidades especiais e saber se os profissionais cirurgiões dentistas realmente estão preparados para atender pessoas com deficiência visual.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Gleice Tânia de Lima, no telefone (48) 9999-7703 ou (48) 8828-6528, através do e-mail gleice_t_lima@hotmail.com; Ana Carolina Oliveira Peres, no telefone (49) 9915-5765, através do e-mail anacaroll.peres@gmail.com; Daniela Lemos Carcereri, no telefone (48) 9102-5328, através do e-mail daniela.lemos.carcereri@ufsc.br. Endereço da instituição pesquisadora: Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-900 – Departamento de Odontologia, sala 146.

Florianópolis, de de 2017.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas Públicas para Pessoas com Necessidades Especiais: um olhar para os Deficientes Visuais

Pesquisador: Daniela Lemos Carcereri

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60912116.6.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.935.324

Apresentação do Projeto:

A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa, transversal, descritiva. Será realizada na Associação Catarinense de Integração para Cegos (ACIC), que é uma organização não governamental, sem fins lucrativos e de caráter sócio assistencial, que atende pessoas cegas e com baixa visão. Os participantes da pesquisa serão as pessoas com deficiência visual, maiores de 18 anos, devidamente matriculados na ACIC, no segundo semestre de 2016, sendo elas pessoas cegas ou pessoas com baixa visão, que aceitem a participar do presente estudo. Os participantes serão selecionados por um informante-chave da instituição e indicados pelo maior grau de autonomia para a realização das atividades diárias. A coleta dos dados será por meio de entrevista individual semi-estruturada, face a face. O diálogo com cada entrevistado será gravado através do aplicativo easy voice recorder instalado no celular da pesquisadora e posteriormente transcrito pela mesma. Os dados transcritos serão armazenados em meios digitais (computador e nuvens como o dropbox) e os registros gravados no celular da pesquisadora serão deletados. A validação do instrumento de coleta ocorrerá com participantes que não comporão a amostra final. A análise de dados será realizada com base na Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2007). Esta análise consiste nas etapas: pré-análise, exploração do material ou categorização e tratamento dos resultados

